

**PATOLOGIAS PSIQUIÁTRICAS RELACIONADAS CON LA PERPETUACIÓN
DE INCAPACIDAD TEMPORAL EN UNA POBLACIÓN ATENDIDA POR UNA
EPS DE LA CIUDAD DE CALI**

DIANA ISABEL CASTRO LASSO

Código Estudiante 1203798

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD OCUPACIONAL
SANTIAGO DE CALI
2019**

**PATOLOGIAS PSIQUIÁTRICAS RELACIONADAS CON LA PERPETUACIÓN
DE INCAPACIDAD TEMPORAL EN UNA POBLACIÓN ATENDIDA POR UNA
EPS DE LA CIUDAD DE CALI**

**Director de Proyecto
Dr. JORGE IRNE LOZADA MONTENEGRO
Magíster en Salud Ocupacional**

**DIANA ISABEL CASTRO LASSO
Código Estudiante 1203798
Estudiante Maestría Salud Ocupacional**

**Trabajo de investigación para optar el título de
Magíster en Salud Ocupacional**

**UNIVERSIDAD DEL VALLE
FACULTAD DE SALUD
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRIA EN SALUD OCUPACIONAL
SANTIAGO DE CALI
2019**

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	7
1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	9
2. JUSTIFICACIÓN	10
3. MARCO TEÓRICO.....	12
3.1 MODELO SANITARIO	12
3.2 LA INCAPACIDAD	12
3.2.1 La incapacidad temporal laboral.....	12
3.2.2 Origen de la incapacidad temporal.....	13
3.2.3 Tiempo máximo de incapacidad temporal	13
3.3 PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS	14
3.3.1 Trastornos de ansiedad–neurosis	15
3.3.2 Trastorno de angustia.....	15
3.3.3 Fobia	16
3.3.4 Agorafobia	16
3.3.5 Fobia social	16
3.3.6 Fobias específicas (simples).....	16
3.3.7 Trastornos del estado de ánimo-afectivos.....	16
3.3.8 Trastornos somatomorfos.....	17
3.4 MARCO LEGAL.....	17
4. ESTADO DEL ARTE	19
5. OBJETIVOS	21
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	21
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
6. HIPOTESIS	22

7. METODOLOGÍA.....	23
7.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN	23
7.2 OBJETO DE ESTUDIO	23
7.3 UNIDAD DE OBSERVACION.....	23
7.4 MUESTRA Y MUESTREO	23
7.5 VARIABLES.....	24
7.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN	24
7.6.1 Criterios de inclusión	24
7.6.2 Criterios de exclusión	25
7.7 RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN	25
7.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	25
8. RESULTADOS	27
9. DISCUSIÓN	36
10. CONCLUSIONES	38
11. RECOMENDACIONES	39
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	40

RESUMEN

La investigación desarrollada buscó identificar las patologías psiquiátricas relacionadas con la perpetuación de incapacidad temporal en pacientes atendidos en una EPS de la ciudad de Cali durante el año 2017; para esto se consideró un estudio tipo observacional descriptivo transversal con historias clínicas de pacientes con incapacidad temporal laboral mayor a 180 días. La muestra estuvo conformada por las historias clínicas generadas en consultorías de medicina del trabajo de la EPS, de 365 sujetos, de los que se analizaron las variables edad, género, actividad económica desempeñada (cargo), ingresos económicos, diagnóstico general de ingreso, número de días de duración de la incapacidad, diagnósticos psiquiátricos, realización de pruebas cognitivas en pacientes con diagnósticos psiquiátricos; por ser una investigación sin intervención directa en humanos es clasificada de riesgo mínimo según la Resolución 8430 de 1993. Tras el análisis de la información se encontró que el 56.44% de los casos con incapacidad prolongada eran hombres; el promedio de edad fue de 40.98 ± 11.63 años para toda la muestra; el 29.59% eran personas dedicadas a labores en servicios varios/encargados del aseo y el 92.88% devengan 1 Salario Mínimo Legal Mensual Vigente (smlv); las fracturas son la situación más frecuente (20.82%), el promedio de días de incapacidad fue de $300,88 \pm 103,56$ días. El diagnóstico secundario psiquiátrico se presentó en el 22.47% (82 pacientes); siendo el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos el más frecuente (4,93%). El 17,07% tuvo patología psiquiátrica como diagnóstico inicial. Al final no se encontraron diferencias estadísticas significativas ($p > 0,05$). Como conclusión, 1 de cada 4 pacientes recibieron un diagnóstico secundario de tipo psiquiátrico que estuvo relacionado con la perpetuación de la incapacidad, que las situaciones que perpetuaron la incapacidad fueron los eventos relacionados con lesiones osteomusculares y casos de traumatismo periférico y que los episodios depresivos moderados, los episodios depresivos graves con síntomas psicóticos y los trastornos depresivos recurrentes con episodio moderado presente, fueron las patologías psiquiátricas que mayor influencia tuvieron en la perpetuación de las incapacidades temporales.

Palabras clave: perpetuación incapacidad temporal, patología psiquiátrica.

SUMMARY

The research developed sought to identify the psychiatric pathologies related to the perpetuation of temporary disability in patients treated through an EPS (health promoter company) of the city of Cali during the year 2017. In order to accomplish this, a cross-sectional descriptive observational study, using clinical histories of patients assessed during administrative consult at occupational area at the EPS, with temporary work disability greater than 180 days, was considered. The sample consisted of the medical records of 365 subjects, of which the variables age, gender, economic activity performed (working position in the company), economic income, general diagnosis of admission, number of days of medical disability duration, psychiatric diagnoses, cognitive tests outcomes of patients with psychiatric diagnoses. Being an investigation without direct intervention in humans, it is classified as a minimum risk according to Colombian regulations through Resolution 8430 of 1993. After analyzing the information, it was found that 56.44% of the cases with prolonged disability were men; the average age was 40.98 ± 11.63 years for the entire sample; 29.59% were people working in various services / cleaning labors and 92.88% earn 1 Current Minimum Monthly Legal Wage (Salario Mínimo Mensual Vigente - smlv); fractures are the most frequent situation (20.82%), the average days of medical disability was 300.88 ± 103.56 days. A secondary psychiatric diagnosis was presented in 22.47% of the study population (82 patients); the most frequent diagnosis presented was Severe depressive episode without psychotic symptoms (4.93%). 17.07% had psychiatric pathology as an initial diagnosis. In the end, no significant statistical differences were found ($p > 0.05$). In conclusion, 1 of every 4 patients had a secondary diagnosis of psychiatric type that was related to the perpetuation of disability, the situations that perpetuated the disability were events related to musculoskeletal injuries and cases of peripheral trauma, and finally Moderate depressive episode, Severe depressive episode with psychotic symptoms and Recurrent depressive disorder, current episode moderate, were the psychiatric pathologies that had the greatest influence on the perpetuation of temporary disabilities.

Keywords: temporary incapacity perpetuation, psychiatric pathology, medical disability.

MeSH terms: depressive episode, depressive disorder, medical disability

INTRODUCCIÓN

Existen en la legislación laboral colombiana dos tipos de incapacidades desde la perspectiva del origen, o contingencia de salud; la incapacidad general o común que se encuentra a cargo del empleador y que reembolsa la Entidad Promotora de Salud (Artículo 277 del Código Sustantivo del Trabajo) hasta el día 180 y posterior al día 540 (Decreto 1333 de 2018), siendo asumida por la Aseguradora de Fondo de Pensiones entre los días 181 y 540 de incapacidad (Decreto 019 de 2012, artículo 142); y la incapacidad por enfermedad laboral o accidente de trabajo que debe ser asumida por la Administradora de Riesgos Laborales del día 2 al día 540 (Artículo 2 y 3° de la Ley 776 de 2002), los días no asumidos por el sistema los asume el empleador o cotizante independiente.

El auxilio por incapacidad se define como el reconocimiento de la prestación de tipo económico y pago de la misma, por todo el tiempo en que estén inhabilitados física o mentalmente para desempeñar en forma temporal su profesión u oficio habitual. En materia de Riesgos Laborales, el Artículo 2° de la Ley 776 de 2002 define la incapacidad temporal como aquella que le impida desempeñar su capacidad laboral por un tiempo determinado.

Lo que ha sucedido es que estas incapacidades laborales temporales han tenido un incremento en el número de días y costos que se generan tanto al individuo como al sistema de salud, notándose especialmente una relación con el desarrollo de patologías psiquiátricas durante el periodo de incapacidad, ameritando un estudio a profundidad para identificar cuáles son las principales patologías que conllevan a que se presente tal situación.

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El término incapacidad es utilizado en el ámbito laboral como la situación sobrevenida de forma involuntaria e imprevista que dificulta el desarrollo del trabajo habitual; esta situación puede dividirse en dos: temporal o permanente; siendo la de tipo temporal, aquella que, según el cuadro clínico de la enfermedad o lesión que presente el afiliado cotizante al sistema General de Seguridad Social Integral, le impida desempeñar su trabajo habitual por un tiempo determinado ⁽¹⁾.

Lo que sucede, es que este tipo de condiciones, tienen un carácter determinante a nivel humano, social y económico; así, en una persona laboralmente activa, de presentarse una alteración en la dinámica, puede llegar a generar una pérdida de control en los diferentes aspectos del individuo ⁽²⁾. Tal comportamiento ha sido evaluado y ha permitido establecer una relación entre dificultades laborales y trastornos psiquiátricos, aunque también hay que afirmar que esta relación puede ser estrecha y bidireccional ya que pueden haber factores intrínsecos del trabajador en su personalidad que predispongan a la manifestación de síntomas afectivos y mentales, como factores extrínsecos dados por el entorno en el que se desenvuelve en el ámbito laboral y sociocultural que igualmente conlleven a la manifestación de dichos síntomas. Sin embargo, los datos disponibles sobre patología psiquiátrica en los procesos de incapacidad laboral temporal continúan siendo escasos ⁽³⁾.

Los problemas de salud mental constituyen cinco de las diez principales causas de discapacidad en todo el mundo, es decir cerca de un tercio del total de la discapacidad mundial; y a nivel de incapacidad temporal, dos son psiquiátricas: depresión y ansiedad. Incluso se ha reportado que 25% de la población, llega a sufrir en algún momento de la vida al menos un trastorno mental. Las proyecciones realizadas por la OMS para el año 2020 apuntan a que la importancia relativa de los trastornos mentales ascenderá a 14% del total, debido fundamentalmente a la mayor expectativa de vida en la población y a la disminución de la carga atribuible a las enfermedades infecciosas ⁽²⁾. La prevalencia calculada de trastorno depresivo mayor o distimia a lo largo de toda la vida es 4,2-17% ^(2,4).

Ahora, aunque los trastornos mentales pueden afectar a personas de distintos grupos poblacionales, la realidad es que son los países con mayores necesidades los que manifiestan en mayor proporción de este tipo de enfermedades. Además, gracias al aumento de la longevidad y el envejecimiento de las poblaciones, en las próximas décadas aumentará el número de afectados por trastornos mentales, así como la carga subyacente ⁽²⁾. Cuando lo que se considera es el género, la información disponible es disímil; algunos indican que las mujeres presentan una mayor proporción de trastornos psíquicos (66%), lo que puede explicarse por la mayor frecuencia de trastornos de ansiedad y porque ellas acuden con mayor

frecuencia a consultas de atención primaria; no obstante, otros investigadores apuntan a la prevalencia en el sexo masculino, lo que puede asociarse a la desigual distribución por sexos entre la población activa ⁽⁵⁾.

Finalmente, se debe tener siempre presente que el propósito de la incapacidad temporal más allá del subsidio económico que representa, es que el trabajador se dedique a reposar física y mentalmente en búsqueda de una pronta recuperación de sus dolencias, y que pueda reintegrarse exitosamente a su trabajo haciendo parte nuevamente de la fuerza laboral ocupada del país ⁽⁶⁾. Sin embargo, a nivel de Santiago de Cali y como resultado de la observación en la práctica diaria, se ha encontrado que muchas de estas incapacidades, a pesar de que su concepto de rehabilitación es favorable, pronosticando un reintegro laboral al terminar el período de incapacidad, se perpetúan en el tiempo por una condición psiquiátrica que surge durante el tratamiento de la enfermedad que ocasionó las incapacidades inicialmente. Por lo tanto a pesar que el paciente culmine el tratamiento para el diagnóstico inicial continuará incapacitado por diagnóstico relacionado de tipo psiquiátrico secundario a evento de salud. Incluso, en ocasiones los trabajadores son mal diagnosticados con enfermedad psiquiátrica lo cual hace que el trabajador maneje una información errónea de su estado de salud y perpetúa la condición psiquiátrica. Reconociendo esta situación y que se ha establecido que esto genera una carga económica sobre el sistema, sobre el paciente, la empresa y las entidades involucradas como Empleador, EPS, ARL y AFP, se plantea la siguiente pregunta de investigación.

1.1 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las patologías psiquiátricas relacionadas con la perpetuación de incapacidad temporal en pacientes que fueron atendidos en una EPS de la ciudad de Cali durante el año 2017?

2. JUSTIFICACIÓN

Cuando se habla de incapacidades, estas pueden ser de origen común o laboral, si se analiza desde el riesgo que genera el evento. Así mismo, cuando se analiza la biomecánica, la incapacidad puede ser generada por un accidente o una enfermedad ⁽¹⁾. Esta clasificación resulta sencilla en una primera instancia; sin embargo, para poder calificar a un paciente como “incapacitado laboralmente”, no sólo basta con la existencia de una lesión o una alteración de sus estructuras y/o funciones corporales, sino que debe presentarse la condición de que dicha lesión o alteración impida el desarrollo de sus funciones laborales. En este sentido la tarea de cualquier profesional de la salud encargado de la evaluación médica se convierte en un reto difícil, especialmente respecto a la valoración de incapacidades laborales en aquellos casos en los cuales no sea posible establecer un diagnóstico preciso ⁽⁷⁾.

Por otra parte, las incapacidades por cualquier evento traumático, suponen una serie de cuidados de parte del individuo, pero el estar limitado funcionalmente puede traer consigo otra serie de eventos. En este punto, tienen cabida los trastornos psiquiátricos con una relación que es bidireccional ya que el evento traumático puede desencadenar a un diagnóstico psiquiátrico secundario y a su vez este puede limitar el proceso clínico de recuperación del evento agudo; entonces, un paciente con una incapacidad temporal puede llegar a desarrollar una patología psiquiátrica, y esta patología influye en el tiempo de recuperación del paciente deteriorando su calidad de vida ⁽³⁾.

Se ha demostrado, por ejemplo, que los pacientes que llegan a sufrir depresión tienen tres veces más probabilidades de contravenir las prescripciones médicas que los no afectados, y que la depresión es un factor predictivo de la incidencia de cardiopatías ⁽²⁾. Con estos comportamientos el número de incapacidades laborales temporales se han incrementado en los últimos años, trayendo consigo consecuencias económicas que afectan desde el propio trabajador hasta el propio Sistema Nacional de Salud ^(3,4,8); y es por esto que cada vez hay un mayor número de investigaciones que se enfocan en el estudio de la incapacidad temporal y sus factores asociados. En países como Suecia, Finlandia, Dinamarca, Holanda y Reino Unido, que tenían en 2003 porcentajes de incapacidad de entre el 7 y el 10%; recientemente se desarrollaron modelos de cribaje para predecir las bajas laborales de larga duración, y es que las patologías que son objeto de la mayoría de los estudios epidemiológicos relacionados con bajas laborales son los trastornos mentales y los osteomioarticulares; ambos problemas asociados con bajas laborales prolongadas e incapacidad permanente ⁽⁶⁾.

La importancia que las patologías psiquiátricas tienen dentro de la evaluación médica laboral viene dada por dos motivos: el importante número de pacientes/trabajadores que presentan estos trastornos y la ausencia de datos

objetivos que nos permitan graduar la limitación funcional derivada de las mismas. Por otra parte la escasez de trabajos epidemiológicos relativos a la incapacidad laboral, en general y la derivada de patologías psiquiátricas en concreto, lleva a plantear la conveniencia de realizar un estudio sobre este tema. Además; reconociendo la morbilidad de una patología de origen psiquiátrico se puede establecer la existencia de una tendencia regional, lo que podría llevar a un mejor manejo y pronóstico de los pacientes sólo cambiando el esquema de manejo. De esta manera el objetivo de esta investigación es identificar las patologías psiquiátricas relacionadas con la perpetuación de incapacidad temporal en pacientes atendidos en una EPS de la ciudad de Cali durante el año 2017, para lo cual se realizará una revisión sistemática de las historias clínicas de los pacientes atendidos durante este periodo.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 MODELO SANITARIO

El médico tratante mediante su práctica clínica ante el estado de salud de su paciente establece la interrupción temporal de las actividades de un paciente, entiéndase por las laborales, con el propósito de que se den las mejores condiciones para el proceso de curación y rehabilitación de la enfermedad. La toma de decisiones por parte del profesional de la salud para evaluar y legitimar una ausencia al trabajo por razones de salud se enmarca en el enfoque o modelo sanitario que estudia la incapacidad y la forma en que se prolonga en el tiempo ⁽¹⁹⁾. Este Modelo Sanitario aborda la incapacidad médica centrándose en el estudio de la morbilidad y el diagnóstico de los procesos con el propósito de determinar su etiología y el pronóstico clínico de las enfermedades y accidentes. En este modelo se abordan 2 aspectos, el primero desde un problema de salud que conduce a un diagnóstico con el estudio del individuo y el segundo desde la relación de la persona en su entorno con el mercado laboral, esto se evidencia en el Sistema de la Seguridad Social y el sistema sanitario ⁽²⁰⁾. El modelo sanitario es el escogido para el estudio de la incapacidad prolongada, ya que incluye los factores intrínsecos al individuo y los extrínsecos relacionados con su entorno social y laboral que permiten tener un panorama más general de la incidencia de estos factores para poder posteriormente desarrollar estudios con enfoque específicos hacia éstos.

3.2 LA INCAPACIDAD

La etimología de este término hace referencia a la falta de capacidad, es decir a la dificultad o imposibilidad de hacer algo; cuando se utiliza en términos laborales, se traduce en la dificultad o imposibilidad de trabajar o desempeñar el trabajo para el que fue contratado o vinculado a una organización. La incapacidad puede dividirse en temporal o permanente ⁽¹⁾.

3.2.1 La incapacidad temporal laboral. Este tipo de incapacidad es aquella validada a través de un certificado expedido en forma autónoma por un profesional de la salud (médico u odontólogo), en un acto que debe estar registrado en la historia clínica del paciente y se otorga a personas con una limitación por enfermedad o lesiones, que imposibilitan la capacidad de trabajo de forma transitoria y que precisa de cese de actividades como parte del tratamiento ^(1,7).

La característica que destaca de la situación de incapacidad es que genera dos tipos de actuaciones, por un lado la asistencia sanitaria que tiene como principal objetivo el logro de la recuperación y rehabilitación del trabajador, y por otro lado una serie de actuaciones que tienen como finalidad garantizar la percepción de

una renta sustitutiva durante la situación de incapacidad ⁽¹¹⁾; se relaciona con la posibilidad de recibir un subsidio económico por la entidad aseguradora o administradora ⁽¹⁾.

3.2.2 Origen de la incapacidad temporal. Toda enfermedad o patología, accidente o muerte, que no hayan sido clasificados o calificados como de origen Laboral, se consideran de origen común, según el Artículo 10, Decreto Ley 1295 de 1994; y si se tiene conocimiento sobre el origen de la condición de salud que genera la incapacidad, es conveniente que el profesional de la salud lo registre como:

- Accidente de Trabajo (AT)
- Enfermedad Laboral (EL)
- Accidente Común o Enfermedad Común, que son registrados como enfermedad general (EG).

Cuando el profesional tratante considere que el evento en salud motivo de atención y por el cual se prescribirá la incapacidad temporal, puede ser considerado una enfermedad de origen laboral, deberá prescribir la misma como enfermedad común y remitir el paciente a medicina laboral de la Entidad Promotora de Salud (EPS) o Administradora de riesgo laboral (ARL) para iniciar el proceso de calificación de origen en primera oportunidad ⁽¹⁾.

En caso de accidentes y consultas de urgencias, si el usuario acude a la misma con el reporte patronal de presunto accidente de trabajo, la incapacidad deberá prescribirse como AT por la presunción legal de su ocurrencia y es necesario remitir el paciente a medicina laboral de la EPS o ARL para iniciar proceso de calificación de origen en primera oportunidad. Para controles posteriores, siempre se deberá preguntar al paciente el origen dictaminado en primera o última instancia por las Juntas de Calificación de Invalidez e idealmente solicitarle copia del dictamen de calificación en firme o ejecutoriado ⁽¹⁾.

3.2.3 Tiempo máximo de incapacidad temporal. La incapacidad se prescribe por un número de días calendarios máximo por cada certificado así como por un tiempo total de días. El tiempo de cada certificado de incapacidad temporal no podrá ser mayor a 30 días calendario, guardando una correlación entre el estado clínico, la enfermedad y el número de días prescritos por el tratante.

El tiempo máximo acumulado para una incapacidad temporal es de 540 días, tanto para eventos de origen común como aquellos de origen laboral y vencido este término deberá adelantarse el proceso de calificación de pérdida de capacidad laboral.

El acumulado en días, no debe ser un obstáculo para la prescripción de incapacidad temporal cuando exista pertinencia clínica, es decir que el hecho de que un paciente acumule 90, 180, 360, 540 o 600 días de incapacidad no debe ser un motivo para su prescripción cuando ésta es necesaria como parte del proceso de tratamiento y rehabilitación. Caso que no debe confundirse con el paciente que acude a consulta médica solicitando prórroga de incapacidad y en el cual posterior a la evaluación clínica se observa que no existe modificación de su cuadro (se han instaurado secuelas) y se evidencia que ya ha sido calificado con criterios de no invalidez (pérdida de capacidad laboral menor al 50%). En éste último escenario, el médico tratante debe ser claro con el paciente e indicarle que no existen motivos para prescripción de incapacidad temporal y proceder entonces a su reintegro laboral con o sin restricciones o recomendaciones.

Cuando hay eventos de origen común, la existencia del concepto de rehabilitación favorable es lo que garantiza el pago de la incapacidad mayor a 180 días por parte de la Administradora de Fondo de Pensiones (AFP), así: del día 1 al 2 el reconocimiento económico está a cargo del empleador. Del 3 al 180 será a cargo de la EPS y a partir del 181 al 540 por la AFP si existe concepto favorable de rehabilitación emitido por la EPS ⁽¹²⁾.

El Concepto de rehabilitación es un peritazgo técnico emitido por el médico laboral de la EPS en el cual una vez evaluado el paciente y su expediente clínico se determina si éste es Favorable o No Favorable. Este concepto debe ser diligenciado por medicina laboral de la EPS y no por el médico clínico tratante, toda vez este profesional no tiene las competencias teóricas ni prácticas para confrontar las restricciones en la participación y limitaciones en la actividad con las exigencias psicofísicas del trabajo habitual y el Manual Único de Calificación de Invalidez. El papel del profesional tratante es determinar el diagnóstico, pronóstico, dictaminar la clase funcional clínica y el establecimiento de secuelas para que con ello el médico laboral pueda integrar el estado funcional para todas y cada una de las patologías que padece el paciente conceptuando el concepto integral de rehabilitación ⁽¹²⁾.

No obstante, el número de días de la incapacidad puede estar supeditado a diferentes factores y en este caso lo de tipo psiquiátrico juegan un papel fundamental.

3.3 PATOLOGÍAS PSIQUIÁTRICAS

Las patologías que pueden producir incapacidad permanente en psiquiatría son en resumen:

1. Demencias orgánicas de cualquier etiología.

2. Psicosis de curso crónico y progresivamente deficitario.
3. Psicosis cíclicas o bipolares muy recidivantes con tendencia a producir defectos o gran fragilidad de la personalidad en los breves periodos intercríticos.
4. Depresiones graves crónicas de cualquier etiología.
5. Algunas neurosis graves cronificadas (neurosis obsesivas malignas, dolor psicógeno, estrés postraumático). Siempre que sean graves y sin respuesta al tratamiento.
6. Alcoholismo y otras drogodependencias graves, por afectación severa de la personalidad y las secuelas neurológicas ⁽¹³⁾.

En psiquiatría los límites entre normalidad y anormalidad son imprecisos. Es importante diferenciar entre los síntomas y las limitaciones funcionales que éstos producen. Aun así, el diagnóstico se basa en aspectos subjetivos que el propio paciente describe y los que interpreta y observa el médico encargado de realizarlo ⁽¹³⁾.

3.3.1 Trastornos de ansiedad–neurosis. Hay algunas estadísticas en las que se indica que las fobias específicas y la ansiedad generalizada pueden afectar al 19% de la población general. Son más frecuentes en mujeres entre 20 y 40 años. La ansiedad y la angustia son sensaciones que experimentan todas las personas a lo largo de su existencia. No obstante, la ansiedad está más relacionada con el comportamiento psíquico mientras que la angustia lo está con el componente físico o somático.

Como características generales se encuentra que no son enfermedades en el sentido médico, su etiopatogenia es fundamentalmente psicológica, excepto en la crisis de angustia y en los trastornos obsesivos; tienen una naturaleza dimensional, es un factor de la personalidad que varía cuantitativamente. La clínica es cuantitativa, los síntomas pueden aparecer en cualquier sujeto normal, si se intensifican o se estructuran es cuando pueden considerarse patológicos. El pronóstico es variable y depende de aspectos personales, sociales y terapéuticos. Su tratamiento es principalmente psicológico excepto en las crisis de angustia y el trastorno obsesivo ⁽¹³⁾.

3.3.2 Trastorno de angustia. Dos aspectos son representativos de esta condición:

1. Psíquico: nerviosismo, inquietud, sentimiento de amenaza, fragilidad y malestar social. Todo les preocupa y progresivamente llega a afectar a su rendimiento profesional, lo que les hace sentirse incapacitados, miedo por el futuro, restricción de la relación social, tensión diurna, insomnio, mal humor, irritabilidad, lloro por impotencia y por la sobrecarga emocional, miedo.

2. Somático: palpitaciones, taquicardia, disnea, ahogo, miedo a morir, mareo o sensación de inestabilidad, temblor, sacudidas musculares, sudación, algias y dolores precordiales, escalofríos, náuseas, molestias abdominales, debilidad muscular, parestesias, miedo a perder el control, inquietud psicomotora, despersonalización, sequedad de boca, cefaleas ⁽¹³⁾.

3.3.3 Fobia. Temor desproporcionado a la situación que lo crea, no puede ser explicado o razonado, está fuera del control voluntario, conduce a la evitación ⁽¹³⁾.

3.3.4 Agorafobia. Miedo irracional a lugares abiertos, a las multitudes y a la dificultad a poder escapar inmediatamente a un lugar seguro, puede existir temor a salir del hogar, entrar en tiendas y almacenes, a los lugares públicos y a viajar solo en los trenes y autobuses. Es un miedo a la indefensión en determinadas situaciones más que temor a la situación en sí misma ⁽¹³⁾.

3.3.5 Fobia social. Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás, temor a actuar de un modo humillante o embarazoso ⁽¹³⁾.

3.3.6 Fobias específicas (simples). Temores acusados, persistentes, excesivos e irracionales, desencadenados por un objeto o situación específico. Su tratamiento se basa principalmente en el uso de betabloqueantes y ansiolíticos. La fenelcina es muy efectiva y terapias cognitivo-conductuales ⁽¹³⁾.

3.3.7 Trastornos del estado de ánimo-afectivos. La prevalencia de depresión en la población enferma general oscila entre el 10-20%, y de los pacientes psiquiátricos representa aproximadamente el 50%. De ellos solo serán tratados por el Especialista el 10 % ya que habitualmente se presenta de forma enmascarada y no se realiza un diagnóstico de la enfermedad. Los trastornos afectivos no bipolares predominan en mujeres, el suicidio consumado es más frecuente en varones. La escasa relación interpersonal, especialmente con la pareja, es un factor de vulnerabilidad y mal pronóstico para la depresión. Los acontecimientos de la vida son antecedentes frecuentes en todos los tipos de depresión tanto endógenos como en los que no lo son.

Es un síndrome que se caracteriza por tristeza, apatía, indiferencia, anestesia afectiva, pensamiento negativo, pérdida de autoestima, desesperanza, ideas de suicidio, déficit de concentración, abandono personal, hipotonía general,

aislamiento, llanto frecuente, intentos de suicidio, alteraciones del sueño, trastornos digestivos, algias, disfunciones sexuales.

Cuanto más graves son los síntomas se produce mayor afectación del componente emocional y afectivo que del funcional. Tiene que ser muy intensa para afectar al funcionamiento laboral del paciente ⁽¹³⁾.

3.3.8 Trastornos somatomorfos. Es un grupo de enfermedades psiquiátricas que se caracterizan porque el paciente presenta síntomas corporales que sugieren un trastorno físico; sin embargo, no existe ninguna causa orgánica demostrable o mecanismo fisiopatológico conocido que los explique completamente.

Los síntomas están asociados a factores psicológicos o al estrés.

Pueden ser:

- Trastorno por somatización.
- Trastorno somatomorfo indiferenciado.
- Hipocondría.
- Trastorno por dolor.
- Trastorno dismórfico corporal ⁽¹³⁾.

3.4 MARCO LEGAL

En Colombia la normativa relacionada con los aspectos aquí considerados es bastante amplia; no obstante, unas de las más representativas se presentan a continuación:

Ley 100 de 1993. Artículo 1. Sistema de seguridad social integral. El Sistema de Seguridad Social Integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El Sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta Ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro ⁽¹⁴⁾.

Decreto 783 de 2000. La Superintendencia Nacional de Salud deberá aprobar los programas de copagos y pagos moderadores que pretendan desarrollar las entidades, dependencias o programas de medicina prepagada y definirá la forma como se le deberá suministrar al usuario información al respecto. Para el efecto

las entidades de medicina prepagada estarán sometidas al régimen general o de autorización previa que para el efecto disponga la Superintendencia Nacional de Salud ⁽¹⁵⁾.

Ley 776 de 2002. Artículo 1. Derecho a las prestaciones. Todo afiliado al Sistema General de Riesgos Profesionales que, en los términos de la presente ley o del Decreto-ley 1295 de 1994, sufra un accidente de trabajo o una enfermedad profesional, o como consecuencia de ellos se incapacite, se invalide o muera, tendrá derecho a que este Sistema General le preste los servicios asistenciales (atención médica, quirúrgica, terapéutica, farmacéutica, hospitalaria, de rehabilitación), medicamentos y le reconozca las prestaciones económicas (subsidio por incapacidad temporal, indemnización por incapacidad permanente parcial, pensión de invalidez, auxilio funerario) a los que se refieren el Decreto-ley 1295 de 1994 ⁽¹⁶⁾.

Decreto Ley 019 de 2012. Artículo 1. Los trámites, los procedimientos y las regulaciones administrativas tienen por finalidad proteger y garantizar la efectividad de los derechos de las personas naturales y jurídicas ante las autoridades y facilitar las relaciones de los particulares con estas como usuarias o destinatarias de sus servicios de conformidad con los principios y reglas previstos en la Constitución Política y en la ley. En tal virtud, el presente decreto tiene por objeto suprimir o reformar los trámites, procedimientos y regulaciones innecesarios existentes en la Administración Pública, con el fin de facilitar la actividad de las personas naturales y jurídicas ante las autoridades, contribuir a la eficiencia y eficacia de éstas y desarrollar los principios constitucionales que la rigen ⁽¹⁷⁾.

Decreto 1333 de 2018. Artículo 1. Objeto. El presente decreto tiene por objeto reglamentar el procedimiento de revisiones periódicas de las incapacidades por enfermedad general de origen común por parte de las EPS, el momento de calificación definitiva y las situaciones de abuso del derecho que generen la suspensión del pago de esas incapacidades ⁽¹⁸⁾.

4. ESTADO DEL ARTE

Las patologías psiquiátricas relacionadas con la incapacidad permanente han sido investigadas por diferentes autores, así se encuentran investigaciones como las desarrolladas a continuación.

Se encuentra una investigación denominada “la patología psiquiátrica en la incapacidad permanente”, realizada en la Universidad de Extremadura en 2017, en la que se revisaron 2090 expedientes de incapacidad permanente (IP) para determinar la existencia o no de patología psiquiátrica; así como la calificación o no de IP y variables asociadas como la repercusión funcional derivada del cuadro psicopatológico, encontrando que la repercusión funcional del cuadro psicopatológico se relaciona de manera directa con la calificación de incapacidad permanente y su grado; las variables de mayor asociación con una mayor repercusión funcional del cuadro psicopatológico es ser del sexo masculino con la inclusión del trabajador en el programa de trastornos mentales graves; también con la existencia de antecedentes de consumo de sustancias psicoactivos ⁽⁹⁾.

Para el caso de Marín y cols. (2014), la investigación se enfocó en la realización de un manual de incapacidades médicas temporales en Colombia; para esto plantearon una serie de preguntas, analizaron flujogramas relacionados con la prescripción de incapacidad y su pertinencia en casos de calificación de pérdida de capacidad laboral así como los requisitos básicos para la prescripción, como una forma de dar seguimiento al Artículo 2 de la Ley 776 del 2002 ⁽¹⁾.

Sans y cols. (2000), realizaron una investigación enfocada en la incapacidad temporal por patología psiquiátrica en un centro de salud, con el fin de encontrar la incidencia, duración, diagnóstico y tratamiento de las bajas laborales por causas psiquiátricas, para lo cual revisaron las bajas causadas por 71 pacientes en el periodo de seguimiento, encontrando que el total de días de baja fue de 16.894; un 4% tuvieron invalidez por motivo psiquiátrico. Los motivos iniciales más frecuentes de la primera baja fueron por patología psiquiátrica (58%), osteomuscular (17%), sistema nervioso y órganos de los sentidos (7%) y digestiva (6%). El motivo psiquiátrico de la primera baja fue ansiedad (48%), depresión (38%), ansiedad-depresión (10%), trastornos esquizoides (3%) y de personalidad (1%). Finalmente se encontró que las bajas por motivo psiquiátrico suelen ser largas y recurrentes, pero especialmente que un 42% de bajas no estaba clasificado inicialmente como motivos psiquiátricos ⁽⁵⁾.

Para Aguilar y cols. (2017), el enfoque fue la estimación de costos de la incapacidad temporal en una empresa del sector socio-sanitario de España y las variables relacionadas y a través de un estudio descriptivo retrospectivo, encontraron el registro de 428.134 jornadas de trabajo perdidas y 341.284 días de sustitución. El coste total de la incapacidad temporal para la empresa, incluyendo

ambos conceptos, fue de 27.314.306 euros, y de 11.836.526 euros para la Mutua Colaboradora de la Seguridad Social (solo en incapacidad temporal). El gasto total fue de 39.150.832 euros, el 7,7% del presupuesto total de la empresa. Es mayor el coste de la incapacidad temporal se dio en mujeres y en trabajadores no manuales, con base a variables como la edad, al hecho de pertenecer al grupo de trabajadores de clase 1 y de haber cursado estudios universitarios. De esta manera el costo en incapacidad temporal supone un porcentaje considerable en relación al presupuesto global de las empresas e incluyen directamente variables como la edad, sexo y aspectos sociales, laborales y culturales ⁽⁸⁾.

Flores (2016), por su parte, trató de enfatizar en la necesidad de una adecuada valoración de capacidad laboral independientemente del campo de actuación del médico evaluador. Para esto realizó una revisión descriptiva y se obtuvo que el impacto de los síntomas médicos físicamente inexplicables en la incapacidad laboral varía de paciente a paciente y que existen pocos estudios en relación con implicaciones laborales; cobrando gran importancia la apreciación de elementos/pruebas de carácter objetivo, que incluyen un adecuado abordaje clínico, comprensión de pruebas diagnósticas complementarias (incluida la valoración psiquiátrica) y de cargas de los puestos de trabajo, contrastada con otras variables de la capacidad funcional para el trabajo como edad, escolaridad, clasificación funcional de acuerdo a baremos, estructura lesionada y pronóstico de la lesión ⁽⁷⁾.

Para Vaquero y cols. (2013), la investigación trataba de determinar la asociación entre diferentes factores con la duración de la baja laboral; para esto realizaron un estudio prospectivo de cohorte de 1.408 sujetos entre 18 y 69 años, a lo que encontraron que los procesos pendientes del diagnóstico de certeza tras superar el tiempo estándar eran del 56%. Se encontró influencia entre factores individuales ligados al estilo de vida, estado de ánimo y percepción de salud del sujeto con la duración de la baja. Respecto a los factores ocupacionales, hay que considerar el puesto de trabajo, la empresa, el contrato y el riesgo laboral al que está expuesto el trabajador. En relación a los ingresos por habitante del municipio y la duración de la baja laboral, la relación fue significativa. Con éstos resultados, los investigadores suponen que la inversión en programas de salud y ocupacionales basadas en factores que prolongan la incapacidad temporal supondría una mejora en la salud integral de los trabajadores y una disminución del gasto que conlleva la incapacidad ⁽⁶⁾.

Robleda y cols. (2014), presentaron un análisis interesante al reportar cómo el dolor postoperatorio tiene una asociación directa con el estado emocional inicial; así presentar ansiedad, sudor, tensión, miedo, llores tiende a intensificar los dolores después de una cirugía; lo que evidentemente podría llevar a mayores días de incapacidad ⁽¹⁰⁾.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar las patologías psiquiátricas relacionadas con la perpetuación de incapacidad temporal en pacientes atendidos en una EPS de la ciudad de Cali durante el año 2017

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar características socioeconómicas y demográficas de la población incluida en la investigación.
- Identificar pacientes con incapacidad crónica prolongada con diagnósticos psiquiátricos asociados no relacionados a enfermedad psiquiátrica de base.
- Determinar prevalencia de incapacidad temporal crónica perpetuado por patología de tipo psiquiátrico.

6. HIPOTESIS

H 1 Existen patologías psiquiátricas que perpetúan la incapacidad temporal en una población atendida por una EPS de la Ciudad de Cali.

H 0 No hay asociación entre presentar una patología psiquiátrica y la perpetuación de la incapacidad temporal en una población atendida por una EPS de la Ciudad de Cali.

7. METODOLOGÍA

7.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Observacional descriptiva transversal.

7.2 OBJETO DE ESTUDIO

Pacientes con incapacidad temporal laboral mayor a 180 días.

7.3 UNIDAD DE OBSERVACION

Historias clínicas de los pacientes seleccionados.

7.4 MUESTRA Y MUESTREO

A partir de una base de datos de cotizantes incapacitados de una EPS, se seleccionarán sujetos de la ciudad de Cali quienes para octubre de 2018 contaban con incapacidad prolongada superior a 180 días. Se excluyen sujetos quienes de base presentan una enfermedad psiquiátrica que inicia incapacidad como Esquizofrenia. En total se trata de una población de 554 sujetos por lo que se selecciona a toda la población en estudio y por ende no se realiza muestreo.

De los 554 sujetos de la población encontrados durante la recolección de datos, se excluyeron personas cuya última incapacidad fue expedida en el 2017 sin conocerse si se habían reintegrado o no a su trabajo respectivo y que su seguimiento se encontraba en estado cerrado. Se trataba de un total de 36 sujetos por lo que quedaron 518. Adicionalmente se realizó el retiro de quienes tenían el seguimiento de incapacidad cerrado ya sea por trámite de pensión, reintegro o desafiliación a la EPS, los cuales eran un total de 103 personas lo que llevó a un total de 415 sujetos de investigación. Considerando estos 415, se excluyeron a quienes su última incapacidad llegó hasta abril de 2018 ya que se tomaron sólo sujetos en el estudio en quienes se pudiera demostrar que a octubre de 2018 contaban con más de 180 días de incapacidad; por lo tanto, no se tuvieron en cuenta a 16 sujetos cuya última incapacidad llegó hasta el año 2017 llevando a un total de 399, y 27 sujetos cuyas incapacidades no fueron generadas posterior a abril de 2018 para un total de 372. Por último, se excluyeron personas con los siguientes diagnósticos encontrados durante la recolección de datos: F200 esquizofrenia paranoide, F203 esquizofrenia indiferenciada, F009 demencia en la enfermedad de Alzheimer, F209 esquizofrenia no especificada; se trataba de 7 pacientes por lo que la población final de estudio fue de 365 sujetos.

7.5 VARIABLES

Cuadro de operacionalización de variables

Variable	Definición de la variable	Tipo de variable	Posibles valores	Instrumento recolección
Edad	Cantidad de años cumplidos al momento de realizar la investigación	Ordinal Cualitativa	18-25 26-35 36-45 46-55 Mayores de 55	Base de datos
Género	Definición de sexo masculino o femenino de acuerdo a registrado en los aplicativos de la EPS.	Nominal Cualitativa	Femenino Masculino	Base de datos
Ingresos económicos	Salario base de cotización a la EPS	Ordinal Cualitativa	Categoría A: Menos de 1 smlv Categoría B: 2-3 smlv Categoría C: mayores a 3 smlv	Base de Datos
Cargo	Nombre de la asignación laboral de la empresa	Nominal Cualitativa	Administrativa, Operario, Independiente, Atención Usuario	Base de datos
Actividad Económica de la Empresa	Reportada en aplicativos de la EPS a través de código Clasificación Internacional Industrial Uniforme (CIIU)	Nominal Cualitativa	Códigos numéricos	Base de Datos
Origen Enfermedad	Definida por el médico que expide la incapacidad y en caso de contar con calificación de origen por ésta última.	Nominal Cualitativa	Enfermedad Laboral (EL) Accidente de Trabajo (AT) Enfermedad General (EG)	Base de datos
Diagnóstico Inicial Incapacidad	Reportada en base de datos mediante Código Internacional de Enfermedades (CIE 10)	Nominal Cualitativa	Códigos CIE 10	Base de datos e Historias Clínicas
Diagnóstico que Perpetua Incapacidad	Reportada en historias clínicas mediante Código Internacional de Enfermedades (CIE 10)	Nominal Cualitativa	Códigos CIE 10	Historias Clínicas
Total días de Incapacidad	Número total de incapacidades a la fecha de	Ordinal Cualitativa	180-360 361-540 Mayores 540	Base de datos

7.6 CRITERIOS DE SELECCIÓN

7.6.1 Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos géneros, mayores de edad y con vinculación laboral con historia de enfermedad o accidente que presentaron de manera posterior patologías psiquiátricas.
- Que tengan incapacidad continua prolongada (incapacidad mayor a 180 días).
- Historias de pacientes con diagnóstico de Comité internacional de enfermedades (CIE-10) de **F412** (trastorno mixto de ansiedad y depresión), **F332** (trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos) y **F339** (trastorno depresivo recurrente, no especificado).

7.6.2 Criterios de exclusión

- Pacientes menores de edad aun con vinculación laboral.
- Trabajadores que presenten una enfermedad psiquiátrica de base pura tales como esquizofrenia.

7.7 RIESGO DE LA INVESTIGACIÓN

Las investigaciones en salud en Colombia, están regidas por la Resolución 8430 de 1993, expedida por el Ministerio de Salud (hoy Ministerio de Protección Social). De acuerdo a este, el presente estudio se considera como “investigación con riesgo mínimo” según se expresa en el Título II, Capítulo 1, Artículo 11, literal B, donde se incluyen estudios que emplean el registro de datos a través de procedimientos comunes consistentes en: exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios. No existen riesgo Físicos, psicológicos o sociales para los pacientes analizados en este estudio ya que no se hacen intervenciones sobre ellos, riesgo legal sobre la confidencialidad de la historia clínica, para lo cual no se tendrán en cuenta para este estudio los datos personales de los pacientes como sus nombres, identificaciones, direcciones y otros que no están dentro de las variables a estudiar, se velará por conservar siempre la confidencialidad de los datos obtenidos de la historia clínica. La información obtenida se guardará en formato digital en tabla de Excel encriptada protegida con contraseña en disco duro de computador personal, la cual se eliminará posterior a sustentación del proyecto. No existe conflicto de intereses entre el investigador y los participantes ya que la investigación no interfiere en el proceso de incapacidad temporal de cada uno de los participantes, tampoco interfiere en las decisiones que cada uno realice en su proceso laboral. No se tendrán en cuenta para este estudio los datos personales de los pacientes como sus nombres, identificaciones, direcciones y otros que no están dentro de las variables a estudiar, se velará por conservar siempre la confidencialidad de los datos obtenidos de la historia clínica. Garantizando el Habeas Data y el derecho a la privacidad de los pacientes.

7.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La información recolectada se consignó en una base de datos de Excel. Posteriormente se llevó al programa estadístico EPI INFO versión 7.2.2.6 para su procesamiento y análisis.

Inicialmente se realizó un análisis exploratorio de cada una de las variables incluidas en el estudio para evaluar y corregir posibles inconsistencias, valores de omisión y valores atípicos para garantizar de esta manera validez interna de los resultados del estudio. Las variables categóricas se describieron con base en distribuciones porcentuales y prevalencias. Las variables numéricas se

describieron con base en medidas de la tendencia central (promedio, mediana) y medidas de variabilidad (desviación estándar). Para evaluar la relación entre los valores iniciales y finales se utilizó la prueba de χ^2 y test exacto de Fisher. Además, se estableció a priori un nivel de significación estadística $\alpha=0.05$.

8. RESULTADOS

Es importante mencionar que puede existir un sesgo de información toda vez que la información utilizada proviene de una base de datos construida a partir del reporte por parte de los afiliados cotizantes y las empresas quienes a su discreción indican índice base de cotización, actividad económica y cargo dentro de la empresa. Esta información no fue corroborada personalmente con cada sujeto de la investigación toda vez que como se mencionó con anterioridad se trabajó sobre la base de datos e historias clínicas sin intervención sobre los sujetos. Adicionalmente se debe tener en cuenta que la población afiliada a la EPS de donde se extrajo la base de datos en su mayoría son empresas conformadas en su mayoría por operarios y personal de servicios varios.

Para la primera etapa de los resultados se utilizó un análisis univariado con el cual se da respuesta al primer y segundo objetivo específico de esta investigación, para esto se hace uso de tablas con frecuencia y porcentaje que muestran el detalle de cada variable en cuestión; además, cuando se estuvo en presencia de variables cuantitativas, se utilizaron medidas de tendencia central. Así, tras analizar los 365 pacientes incluidos en la investigación con reporte de incapacidad temporal prolongada afiliados como cotizantes y recibiendo atención por medio de una EPS de la ciudad de Cali, se encontró que el 56.44% pertenecían al género masculino; el promedio de edad fue de 40.98 ± 11.63 años para toda la muestra, con una mayor participación de las personas con edades entre 36 y 45 años (40.55%), al hacer la estratificación por género el promedio de edad de las mujeres fue de 43.99 ± 11.27 años, mientras que para los hombres fue de 38.66 ± 11.39 años. Cuando se indaga con respecto al cargo, el 29.59% eran personas dedicadas a labores en servicios varios/encargados del aseo y, en general el 92.88% devengan 1 smlv. Los detalles de estas variables socioeconómicas, demográficas y laborales se presentan en la tabla 1.

Tabla 1. Distribución porcentual de las variables socioeconómicas, demográficas y laborales

Variable	Escala	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Género	Femenino	159	43,56
	Masculino	206	56,44

Rango de edad	18 a 25 años	23	6,30
	26 a 35 años	99	27,12
	36 a 45 años	148	40,55
	46 a 55 años	38	10,41
	Mayores de 55 años	57	15,62
Cargo	Administradores, coordinadores, jefes, docentes, otros	22	6,03
	Auxiliares del área administrativa	41	11,23
	Auxiliares operativos, operarios, obreros, meseros, otros	93	25,48
	Auxiliares en el sector salud	20	5,48
	Conductores, mensajeros, taxistas	20	5,48
	Encargado de servicios varios, aseo	108	29,59
	Guarda de seguridad	30	8,22
	Relacionado con ventas y/o compras	31	8,49
Ingresos económicos	1 smlv	339	92,88
	2 smlv	21	5,75
	3 smlv	5	1,37

Al respecto de las variables relacionadas de manera directa con la incapacidad, una gran variedad de diagnósticos fue reportado; de éstos, sólo los Tumores Malignos de la Mama en Parte No Especificada (CIE10 C509) (3.56%, n=13) y los Esguinces y Torceduras que Comprometen el Ligamento Cruzado (Anterior) (Posterior) de la Rodilla (CIE 10 S835) (3.29%, n=12) se presentaron con cierta frecuencia; además, se observó que en general las fracturas son la situación más frecuente (20.82%, n=34) y de éstas, el diagnóstico S821 Fractura de la Epífisis Superior de la Tibia fue la que se destacó con un 2,47% (n=9), seguida de la S822 Fractura de la Diáfisis de la Tibia y la S723 Fractura de la Diáfisis del Fémur con un 2.19% (n=8) cada una respectivamente.

Estas situaciones llevaron a que las incapacidades se prolongaran entre un mínimo de 154 días y un máximo de 540 días; el promedio de días de incapacidad fue de $300,88 \pm 103,56$ días, con una mediana de 270 días en un rango intercuartílico entre 217 y 370 días. Al recodificar esta variable según rangos, se encontraron 64.11% con incapacidades entre 181 y 360 días; 26.85% entre 361 y 540 días y, 9.04% teniendo incapacidades entre 151 y 180 días.

Buscando dar respuesta al último objetivo específico se revisaron los casos de incapacidad temporal crónica perpetuado por patología de tipo psiquiátrico; además, se hizo un análisis bivariado para encontrar variables que pudieran estar influenciando la perpetuación de la incapacidad. Entonces, para el caso del diagnóstico secundario psiquiátrico, éste se presentó en el 22.47% (n=82) de la muestra; es decir, una razón aproximada de 4:1. Tal como se observa en la figura 1. La lista de diagnósticos secundarios psiquiátricos encontrados se presenta en la tabla 2.

Figura 1. Presencia de diagnóstico secundario psiquiátrico

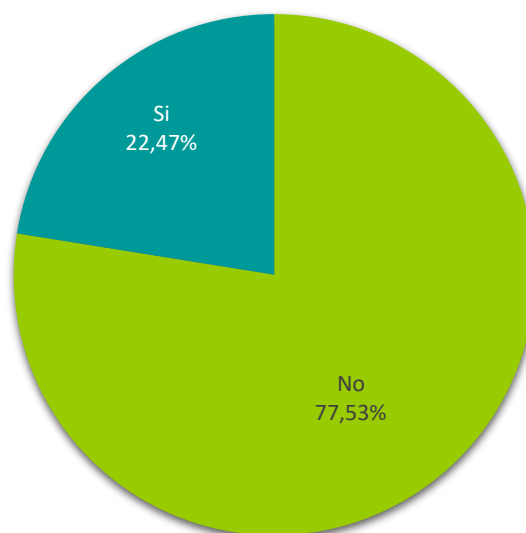


Tabla 2. Lista de diagnósticos secundarios psiquiátricos

Diagnóstico psiquiátrico	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	4	1,10%
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	18	4,93%
Episodio depresivo moderado	16	4,38%
Otros trastornos del humor [afectivos], especificados	2	0,55%
Otros trastornos mentales especificados debidos a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física	1	0,27%
Retraso mental grave, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento	1	0,27%
Trastorno afectivo bipolar, no especificado	4	1,10%
Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos	9	2,47%
Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos	2	0,55%
Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente	3	0,82%
Trastorno depresivo recurrente, no especificado	9	2,47%
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	7	1,92%
Trastornos de adaptación	3	0,82%

De este 22.47% (n=82/365) que tuvo diagnóstico secundario psiquiátrico, sólo al 7.12% (n=26/365) se les realizaron pruebas neuropsicológicas que corroboraron el compromiso cognitivo asociado al diagnóstico, lo que es lo mismo que afirmar que de los 82 pacientes, al 31.71% se les realizaron estas pruebas.

Ahora, cuando se analiza la presencia de diagnóstico secundario psiquiátrico con relación a las diferentes variables socioeconómicas y laborales, no se encontraron diferencias estadísticas significativas que mostraran asociación entre las variables ($p>0,05$).

No obstante, cuando lo que se analiza es la diferenciación entre géneros, en las mujeres se dio una presencia levemente superior (23.90%) de diagnósticos psiquiátricos que en los hombres (21.36%); pasó lo mismo con las personas con edades entre 46 y 55 años (28.95%), las personas en cargos de tipo operativo (31.18%) y los que devengaban 1 smlv (23.30%).

Las asociaciones aquí consideradas se presentan en la tabla 3.

Tabla 3. Asociaciones entre el diagnóstico secundario psiquiátrico y las variables socioeconómicas y laborales.

Variable	Presencia de diagnóstico secundario psiquiátrico		Total	Chi²	P
	No	Si			
Género					
Femenino	121 76,10%	38 23,90%	159 100%	0,3324	0,6135
Masculino	162 78,64%	44 21,36%	206 100%		
Rango de edad					
18 a 25 años	20 86,96%	3 13,04%	23 100%	2,7734	0,5964
26 a 35 años	77 77,78%	22 22,22%	99 100%		
36 a 45 años	117 79,05%	31 20,95%	148 100%		
46 a 55 años	27 71,05%	11 28,95%	38 100%		
Mayores de 55 años	42 73,68%	15 26,32%	57 100%		
Cargo					
Administradores, coordinadores, jefes, docentes, otros	17 77,27%	5 22,73%	22 100%	11,41	0,1217
Auxiliares del área administrativa	30 73,17%	11 26,83%	41 100%		

Variable	Presencia de diagnóstico secundario psiquiátrico		Total	Chi ²	P
	No	Si			
Auxiliares operativos, operarios, obreros, meseros, otros	64 68,82%	29 31,18%	93 100%	2,3922	0,3024
Auxiliares en el sector salud	14 70,00%	6 30,00%	20 100%		
Conductores, mensajeros, taxistas	17 85,00%	3 15,00%	20 100%		
Encargado de servicios varios, aseo	94 87,04%	14 12,96%	108 100%		
Guarda de seguridad	23 76,67%	7 23,33%	30 100%		
Relacionado con ventas y/o compras	24 77,42%	7 22,58%	31 100%		
Ingresos económicos					
1 smlv	260 76,70%	79 23,30%	339 100%	2,3922	0,3024
2 smlv	18 85,71%	3 14,29%	21 100%		
3 smlv	5 100,00%	0 00,00%	5 100%		

A continuación, se presenta una lista de los diagnósticos secundarios psiquiátricos encontrados dependiendo del diagnóstico general (tabla 4). En la tabla 5 se presenta de manera específica el tipo de enfermedad y la cantidad de diagnósticos secundarios psiquiátricos presentados; así, de las 82 personas identificadas, el 18.29% fueron por situaciones traumáticas periféricas y osteomusculares (15.85%) que juntas suman el 34.14% de los pacientes; también se encuentran los que como diagnóstico inicial fueron por patología psiquiátrica con un 17.07%.

Tabla 4. Frecuencia de diagnósticos secundarios psiquiátricos según el diagnóstico general de ingreso

Diagnóstico general	Tipo	Diagnóstico secundario psiquiátrico, (n)
Arritmia cardiaca, no especificada	Cardiovascular	1
Artritis reumatoide, no especificada	Reumatológica	1
Bronquitis aguda, no especificada	Respiratoria	1
Capsulitis adhesiva del hombro	Osteomuscular	1
Contusión de otras partes y las no especificadas de la pierna	Traumática periférica	1
Contusión del hombro y del brazo	Traumática periférica	1
Defecto de la coagulación, no especificado	Hematológica	1
Desgarro de meniscos, presente	Osteomuscular	1

Diagnóstico general	Tipo	Diagnóstico secundario psiquiátrico, (n)
Desprendimiento de la retina con ruptura	Oftalmológica	1
Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	Gastrointestinal	1
Enfermedad cerebrovascular, no especificada	Cerebrovascular	1
Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	Psiquiátrica	1
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	Psiquiátrica	3
Episodio depresivo moderado	Psiquiátrica	1
Esclerosis múltiple	Reumatológica	2
Esguinces y torceduras de otras partes y las no especificadas de la rodilla	Traumática periférica	1
Esguinces y torceduras que comprometen el ligamento cruzado (anterior) (posterior) de la rodilla	Traumática periférica	1
Espondilitis anquilosante	Reumatológica	2
Estenosis espinal	Osteomuscular	1
Estrechez uretral, no especificada	Urinario	1
Fractura de hueso del metatarso	Traumática periférica	1
Fractura de la diáfisis de la tibia	Traumática periférica	1
Fractura de la epífisis inferior de la tibia	Traumática periférica	1
Fractura de la epífisis superior de la tibia	Traumática periférica	1
Fractura de la epífisis superior del radio	Traumática periférica	1
Fractura de otros huesos metacarpianos	Traumática periférica	1
Fractura del acetábulo	Traumática periférica	1
Fractura del cóccix	Traumática periférica	1
Gonartrosis, no especificada	Osteomuscular	1
Hernia inguinal unilateral o no especificada, sin obstrucción ni gangrena	Gastrointestinal	1
Hipertensión pulmonar primaria	Respiratorio	1
Infarto cerebral debido a oclusión o estenosis no especificada de arterias cerebrales	Cerebrovascular	1
Insuficiencia renal terminal	Renal	1
Insuficiencia venosa (crónica) (periférica)	Cardiovascular	2
Isquemia cerebral transitoria, sin otra especificación	Cerebrovascular	1
Leucemia linfoblástica aguda	Hematológica	1
Lumbago con ciática	Osteomuscular	1
Lumbago no especificado	Osteomuscular	1
Lupus eritematoso sistémico, sin otra especificación	Reumatológico	1
Luxación de articulación sacrococcigea y sacroilíaca	Traumática periférica	1
Luxación de la articulación del hombro	Traumática periférica	1
Melanoma maligno del miembro superior, incluido el hombro	Oncológica	1
Mielopatías vasculares	Hematológica	1
Otras convulsiones y las no especificadas	Neurológico	1
Otras degeneraciones especificadas de disco intervertebral	Osteomuscular	1
Otras sinovitis y tenosinovitis	Osteomuscular	1
Otro dolor crónico	Neurológico	3
Otros dolores abdominales y los no especificados	Gastrointestinales	1
Otros trastornos especificados de la retina	Oftalmológico	1

Diagnóstico general	Tipo	Diagnóstico secundario psiquiátrico, (n)
Otros trastornos especificados de los discos intervertebrales	Osteomuscular	1
Otros trastornos mentales especificados debidos a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física	Psiquiátricas	1
Parálisis de Bell	Neurológico	1
Síndrome cervicobraquial	Osteomuscular	1
Síndrome del manguito rotatorio	Osteomuscular	3
Síndrome del túnel carpiano	Neurológico	1
Síndrome nefrótico, no especificada	Renal	1
Traqueomalacia congénita	Respiratoria	1
Trastorno afectivo bipolar, episodio depresivo grave presente con síntomas psicóticos	Psiquiátricas	1
Trastorno afectivo bipolar, no especificado	Psiquiátricas	1
Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos	Psiquiátricas	1
Trastorno mental no especificado debido a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física	Psiquiátricas	1
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	Psiquiátricas	4
Traumatismo del tendón del manguito rotatorio del hombro	Traumática periférica	1
Traumatismo intracraneal, no especificado	Traumática central	2
Trombocitopenia no especificada	Hematológica	1
Tumor de comportamiento incierto o desconocido del encéfalo, parte no especificada	Oncológico	1
Tumor maligno de la mama, parte no especificada	Oncológico	2
Tumor maligno del cerebro, excepto lóbulos y ventrículos	Oncológico	1
TOTAL		82

Tabla 5. Tipo de enfermedad y los diagnósticos secundarios psiquiátricos presentados.

Tipo de enfermedad	Con diagnóstico secundario psiquiátrico	
	Frecuencia (n)	Porcentaje
Cardiovasculares	3	3,66%
Cerebrovascular	3	3,66%
Gastrointestinales	3	3,66%
Hematológica	4	4,88%
Neurológico	6	7,32%
Oftalmológica	2	2,44%
Oncológico	5	6,10%
Osteomuscular	13	15,85%
Psiquiátricas	14	17,07%
Renal	2	2,44%
Respiratorio	3	3,66%
Reumatológica	6	7,32%
Traumática central	2	2,44%
Traumática periférica	15	18,29%
Urinario	1	1,22%

Un aspecto que se consideró también, fueron los días de incapacidad que se generaron según los tipos de enfermedad de ingreso que tuvieron los pacientes

con diagnóstico secundario psiquiátrico; así, considerando la mediana quedó en evidencia que son las enfermedades respiratorias (396 días) y las de tipo reumatológico (390,50 días) las que más días cargan al sistema; de aquí deben excluirse de los análisis y comparaciones, las enfermedades urinarias, oftalmológicas y traumáticas centrales pues los casos reportados no tienen una muestra representativa (tabla 6). Lo importante en este caso es que se encontraron diferencias estadísticas significativas entre las variables ($p=0,0247$), indicando que el tipo de enfermedad de ingreso es determinante en la duración de la incapacidad temporal prolongada.

Tabla 6. Días de duración de la incapacidad temporal prolongada en pacientes con diagnóstico secundario psiquiátrico según tipo de enfermedad de ingreso.

Tipo de enfermedad	Medidas de tendencia para los días de incapacidad							
	N	Promedio	Desv.Est.	Mínimo	Máximo	Mediana	25%	75%
Cardiovasculares	3	335,33	130,53	245	485	276,00	245,00	485,00
Cerebrovascular	3	231,00	58,89	196	299	198,00	196,00	299,00
Gastrointestinales	3	329,33	123,92	241	471	276,00	241,00	471,00
Hematológica	4	357,75	175,49	180	525	363,00	207,50	508,00
Neurológico	6	339,00	82,65	256	449	316,50	265,00	431,00
Oftalmológica	2	380,50	96,87	312	449	380,50	312,00	449,00
Oncológico	5	363,80	138,60	210	524	335,00	260,00	490,00
Osteomuscular	13	348,53	123,16	180	540	309,00	253,00	430,00
Psiquiátricas	14	340,07	90,53	210	503	312,00	272,00	415,00
Renal	2	328,00	124,45	240	416	328,00	240,00	416,00
Respiratorio	3	399,66	11,93	390	413	396,00	390,00	413,00
Reumatológica	6	342,83	112,93	180	453	390,50	223,00	420,00
Traumática central	2	368,50	181,72	240	497	368,50	240,00	497,00
Traumática periférica	15	361,06	110,79	211	529	345,00	258,00	481,00
Urinario	1	360,00	NA	360	360	360,00	360,00	360,00
Total	82							

Además, se consideró la cantidad de días de incapacidad prolongada que causaron los diferentes diagnósticos psiquiátricos, encontrando de manera específica que son los episodios depresivos moderados los que llevan a mayores días de incapacidad, teniendo entre 361 y 540 días de incapacidad (50%), los episodios depresivos graves con síntomas psicóticos (100%) y los trastornos depresivos recurrentes con episodio moderado presente (100%); obteniéndose diferencias estadísticas significativas ($p=0,025$) que muestran la asociación entre las variables, tal como se observa en la tabla 7.

Tabla 7. Asociación entre el diagnóstico psiquiátrico y el rango de días de incapacidad

Diagnóstico psiquiátrico	Rango días incapacidad		
	151 – 180 días	181 – 360 días	361 – 540 días
Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos	0 0,00%	0 0,00%	4 100%
Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos	1 5,56%	12 66,67%	5 27,78%
Episodio depresivo moderado	1 6,25%	7 43,75%	8 50,00%
Otros trastornos del humor [afectivos], especificados	0 0,00%	0 0,00%	2 100%
Otros trastornos mentales especificados debidos a lesión y disfunción cerebral y a enfermedad física	0 0,00%	0 0,00%	1 100%
Retraso mental grave, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento	0 0,00%	1 100%	0 0,00%
Trastorno afectivo bipolar, no especificado	0 0,00%	2 50,00%	2 50,00%
Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente sin síntomas psicóticos	0 0,00%	6 66,67%	3 33,33%
Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos	0 0,00%	2 100%	0 0,00%
Trastorno depresivo recurrente, episodio moderado presente	0 0,00%	0 0,00%	3 100%
Trastorno depresivo recurrente, no especificado	0 0,00%	7 77,78%	2 22,22%
Trastorno mixto de ansiedad y depresión	0 0,00%	4 57,14%	3 42,86%
Trastornos de adaptación	0 0,00%	2 66,67%	1 33,33%

9. DISCUSIÓN

Cuando se presenta una situación de perpetuación de la incapacidad temporal, diferentes variables se pueden analizar, por eso considerar las patologías psiquiátricas es un buen punto de partida; en este caso, investigaciones como la desarrollada por Rodríguez, Casado y Vaz (2017), son un buen punto de partida, pues se encontró que el 11,3% de los pacientes con incapacidad permanente incluidos en su investigación derivaban de un cuadro psicopatológico ($p < 0,0001$)⁽⁹⁾; en la investigación aquí desarrollada, el diagnóstico secundario psiquiátrico causante de la prolongación de la incapacidad se presentó en el 22.47% del total de la muestra ($n=82$); no obstante, sólo el 17.07% ($n=14/82$) de este grupo particular tuvo un ingreso clínico a causa de una condición psiquiátrica.

Ahora, cuando se analiza la influencia de diferentes variables independientes Rodríguez y cols., al hacer una diferenciación respecto al género y la edad, dejaron claro que el diagnóstico psiquiátrico como causa secundaria ocurre en hombres y mujeres en la misma proporción ($p=0,518$) y sin diferencia en cuanto a la edad ($p=0,674$). Ellos también consideraron la variable cargo (actividad laboral desarrollada) para estimar esta asociación; aunque no pudieron concluir que existiera asociación entre las variables ($p=0,553$), lo que si encontraron es que existía una alta prevalencia de trabajadores que en su cotidianidad laboral desarrollaban actividades de tipo manual (obreros y personas de servicio) (cerca del 40% de pacientes con diagnóstico de trastorno mental secundario). Estos resultados son bastante similares a los encontrados en esta investigación, pues las diferentes variables independientes como la edad, género y cargo no están generando ninguna influencia sobre la presencia de diagnósticos secundarios de tipo psiquiátrico ($p=0,5964$; 0,6135 y 0,1217 respectivamente).

Entonces, al hablar de prevalencias, en la investigación de Rodríguez y cols. (2017), la muestra de casos que presentaban algún diagnóstico psiquiátrico mostró estimaciones puntuales muy próximas al 50% (53% para hombres y 47% para mujeres); en la investigación aquí desarrollada la prevalencia fue del 23,90% para las mujeres, mientras que fue del 21,36% para los hombres, es decir levemente superior entre las mujeres. Para el caso de la variable edad los autores no presentan rangos como los aquí considerados; sin embargo sí indican que la edad tendía a ser menor en los casos con diagnóstico psiquiátrico secundario, mientras aquí lo que se presenta es una leve tendencia a mayor cantidad de estos casos conforme aumenta la edad. Para el caso del cargo, resultó evidente que existe una prevalencia a medida que el oficio está asociado con actividades operativas (aquí presentado entre el 31,18% de las personas dedicadas a actividades como operarios, obreros, etc.).

Una investigación con aspectos también similares es la desarrollada por Rodríguez (2016)⁽²⁾; no obstante, cuando ellos consideraron la presencia de

patologías psiquiátricas obtuvieron un porcentaje significativamente mayor de varones (65,8%) respecto al de mujeres (34,2%); lo que lleva a que la incapacidad permanente se estima en un porcentaje mayor en varones que en mujeres. También encontraron que existen dos periodos de edad en las que la importancia de las enfermedades mentales como causa de incapacidad permanente es mayor: 38-41 años y 48-53 años; en este último rango el comportamiento es relativamente parecido al de esta investigación pues el rango donde mayor presencia de diagnóstico secundario psiquiátrico se presentó fue entre los 46 y 55 años ($p=0,5964$). Rodríguez entonces afirma que las patologías psiquiátricas llevan a situaciones de incapacidad permanente a trabajadores más jóvenes; pero en este estudio pareciera haber una tendencia a incrementarse conforme aumenta la edad.

En el estudio reportado por Sans y cols. ⁽⁵⁾, por el contrario, fue el género femenino el que mayores reportes de incapacidades temporales por causa psiquiátrica presentó (66%); para este estudio la distribución por género fue relativamente homogénea (mujeres: 46,34%, $n=38$, que presentaron diagnóstico secundario psiquiátrico) aunque con representatividad del género masculino; aun así, de manera leve hay mayor presencia de diagnóstico secundario psiquiátrico entre las mujeres. Ellos también manifestaron que los motivos iniciales más frecuentes de la primera baja fueron por patología fueron psiquiátrica, 57% (IC del 95%, 45,5-68,5); osteomuscular, 17% (IC del 95%, 8,3-25,7); sistema nervioso y órganos de los sentidos, 7% (IC del 95%, 1,1-12,9), y digestiva, 6% (IC del 95%, 0,5-11,5); mientras que en esta investigación las condiciones de los pacientes con diagnóstico secundario psiquiátrico, que llevaron a su ingreso en un primer momento, fueron las traumáticas periféricas (18,29%), psiquiátricas (17,07%) y osteomusculares (15,85%).

Para el caso de los días de incapacidad Sans y cols., encontraron que la media fue de 238 días por paciente (aproximadamente 8 meses); en esta investigación el reporte estuvo por encima de los 11 meses de manera general, con una mayor representación de los pacientes con condiciones respiratorias y reumatológicas ($p=0,0247$), lo que deja ver la larga duración media cuando intervienen procesos mentales y la importancia del tipo de condición con la que ingresa el paciente que recibe un diagnóstico secundario psiquiátrico.

Los hallazgos de esta investigación son importantes; sin embargo, la principal debilidad radica en la escases de información disponible, relacionada con el tema aquí abarcado; esto deja ver la necesidad de continuar esta línea de investigación, pues evidentemente se requiere de mayor soporte bibliográfico para poder generar conclusiones irrefutables sobre la influencia de las patologías psiquiátricas en la perpetuación de la incapacidad temporal. La ventaja, es que este es un punto de partida para futuras investigaciones.

10.CONCLUSIONES

En la investigación se encontró un total de 365 pacientes con reporte de incapacidad temporal prolongada afiliados como cotizantes y atendidos en una EPS de la ciudad de Cali; de éstos 1 de cada 4 pacientes recibieron un diagnóstico secundario de tipo psiquiátrico que estuvo relacionado con la perpetuación de la incapacidad. No obstante, de toda la muestra considerada para esta investigación, sólo 14 casos estuvieron inicialmente incapacitados por motivos psiquiátricos.

De los pacientes que presentaron diagnóstico secundario con trastornos de tipo psiquiátrico (82 casos), las situaciones particulares que con mayor frecuencia perpetuaron la incapacidad fueron los eventos relacionados con lesiones osteomusculares y casos de traumatismo periférico, siendo la tercera parte de la esta muestra.

Las pruebas neuropsicológicas que evidencian el compromiso cognitivo en pacientes diagnosticados con enfermedad psiquiátrica sólo se realizaron a una tercera parte de las personas que recibieron diagnóstico secundario psiquiátrico.

Se encontraron un total de 15 diagnósticos secundarios psiquiátricos, de los cuales prevalecieron los episodios depresivos graves sin síntomas psicóticos. Estos diagnósticos, tuvieron una distribución homogénea respecto al género. Para el caso del rango de edad fueron relativamente superiores entre las personas de 46 a 55 años y, además, entre personas que se dedicaban a labores operativas.

Los episodios depresivos moderados, los episodios depresivos graves con síntomas psicóticos y los trastornos depresivos recurrentes con episodio moderado presente, fueron las patologías psiquiátricas que mayor influencia tuvieron en la perpetuación de las incapacidades temporales, alcanzando entre 361 – 540 días en la mayoría de los casos donde éstas se presentaron.

En ninguno de los casos donde se consideraron variables independientes se encontró asociación estadística; sin embargo, si se puede indicar que el tipo de enfermedad o condición de ingreso, sí es determinante en la duración de la incapacidad temporal de los pacientes con diagnóstico secundario psiquiátrico destacando aquellos pacientes que ingresaron por condiciones respiratorias y reumatológicas; en general, todas estas incapacidades están alcanzando cerca de 11 meses de duración.

11.RECOMENDACIONES

Por parte de las Empresas Promotoras de Salud se deben realizar acciones tales como priorizar la autorización y realización de los procedimientos médicos y quirúrgicos que requieran los pacientes con lesiones o traumas osteomusculares para iniciar la rehabilitación física temprana que permita su incorporación temprana a la vida laboral previniendo así que se produzca perpetuación en el tiempo de incapacidad en búsqueda de un ahorro en los costos generados por la misma.

Es importante realizar seguimiento periódico de la población cotizante que presentan diagnóstico de enfermedad psiquiátrica con el objetivo de trazar metas y pautas de los tratamientos que requieran con miras a asegurar su estabilidad en cuanto a salud mental para así prevenir el inicio de ciclos de incapacidad prolongada que interrumpan la dinámica laboral.

Teniendo en cuenta que los diagnósticos psiquiátricos perpetúan la incapacidad temporal se debe realizar un adecuado seguimiento de acuerdo al Decreto 1333 de 2018 en la cual por parte del especialista se determine el plan de manejo a seguir para que de acuerdo a estas las partes involucradas, paciente y empresa, realicen las acciones necesarias para mantener la salud del trabajador dentro de la empresa.

Ya que se evidenció que la población trabajadora donde prevalecen patologías psiquiátricas en ésta EPS son los operarios, se debe considerar intervenir con capacitaciones a las empresas cuya fuerza laboral sea operativa en busca de prevenir e identificar a tiempo los trabajadores en riesgo de presentar enfermedad psiquiátrica.

Este estudio se convierte en una base para la realización de futuros estudios que logren profundizar en las diferentes dinámicas que influyen sobre el trabajador que curse con una incapacidad prolongada y causen patologías psiquiátricas que incidan sobre la duración de dicha incapacidad ayudando así al binomio trabajador – empleador en el proceso de reintegro temprano. También es importante ampliar esta investigación en la que no se limite a la población afiliada a una EPS sino que sería interesante la información obtenida por parte de los trabajadores de la ciudad de Cali o a nivel regional e incluso nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marín EC, Méndez JL, Vélez JC, Jiménez AL, Hoyos GM. Manual de incapacidades médicas temporales en Colombia (tesis de especialización). Medellín: Universidad CES, Facultad de Medicina. 2014.
2. Rodríguez MB. Patologías psiquiátricas como causa de incapacidad permanente (tesis de pregrado). Málaga: Universidad de Málaga, Facultad de Medicina. 2015.
3. Grau L, Daigre C, Granell A, Grau L, Fadeuilhe C, Calcedo A, Roncero C. Factores asociados a la incapacidad laboral temporal en peritajes psiquiátricos. *Actas Esp Psiquiatr*, 2016; 44(4): 119-124.
4. Vicente MT, Terradillos MJ, Capdevila LM, Ramírez MV, López AA. La incapacidad temporal en España por algunas enfermedades psiquiátricas. (Trastornos esquizofrénicos, trastorno bipolar y trastornos ansiosos, depresivos y adaptativos). *Rev. méd. Chile*, 2013; 141(2): 248-254.
5. Sans M, Batalla C, Villagrasa D, Ezpeleta A, Escorza S, Comín E. Incapacidad temporal por patología psiquiátrica en un centro de salud. *Aten Primaria*, 2000; 25(6): 412-416.
6. Vaquero M, Sanabria M, Burgos S, Lorente MC, Martínez B, Bernárdez ML, Bermudo S, Limón A, López A. La influencia de factores individuales, relacionados con el trabajo, socioeconómicos y de organización del sistema sanitario sobre la duración de la incapacidad temporal. *Trauma Fund MAPFRE*, 2013; 24(4): 249-257.
7. Flores G. La valoración de incapacidades y los síntomas físicos médicamente inexplicables. *Rev CI EMed UCR*, 2016; 1(1): 49-62.
8. Aguilar E, Vicente MT, López AA. Coste de la incapacidad temporal en una empresa del sector socio-sanitario de España y variables relacionadas. *Medicina Balear* 2017; 32(2): 39-46.
9. Rodríguez L, Casado M, Vaz FJ. La patología psiquiátrica en la incapacidad permanente (tesis de doctorado). España: Universidad de Extremadura. 2017.
10. Robleda G, Sillero A, Puig T, Gich I, Baños JE. Influencia del estado emocional prequirúrgico en el dolor postoperatorio tras cirugía ortopédica y traumatológica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 2014; 22(5): 785-791.

11. Pérez ML. Análisis del resultado en el proceso de incapacidad temporal en el área sanitaria de Albacete, influencia del Estado de Salud, factores sociodemográficos, satisfacción laboral y locus de control (tesis de doctorado). Albacete: Universidad de Castilla La Mancha, Facultad de medicina. 2014.
12. El Presidente de la República. Decreto 1406 de 1999, Por el cual se adoptan unas disposiciones reglamentarias de la Ley 100 de 1993, se reglamenta parcialmente el artículo 91 de la Ley 488 de diciembre 24 de 1998, se dictan disposiciones para la puesta en operación del Registro Único de Aportantes al Sistema de Seguridad Social Integral, se establece el régimen de recaudación de aportes que financian dicho Sistema y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 43652 de agosto 2 de 1999.
13. González M. Trastornos de ansiedad-depresión en el entorno de la contingencia común. Edición 2006-2007 (consulta 29 de abril de 2018). Disponible en:
<http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/7026/1/TRASTORNOS%20%20DE%20ANSIEDAD-DEPRESION.pdf>
14. El Congreso de la República. Ley 100 de 1993, Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 41.148 del 23 de diciembre de 1993.
15. El Presidente de la República. Decreto 783 de 2000. Por el cual se modifican los Decretos 1486 de 1994, 1922 de 1994, [723](#) de 1997, y [046](#) y [047](#) de 2000 y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial 44007 de mayo 16 de 2000
16. El Congreso de la República. Ley 776 de 2002, Por la cual se dictan normas sobre la organización, administración y prestaciones del Sistema General de Riesgos Profesionales. Diario Oficial 45037 de diciembre 17 de 2002.
17. El Presidente de la República. Decreto 019 de 2012. Por el cual se dictan normas para suprimir o reformar regulaciones, procedimientos y trámites innecesarios existentes en la Administración Pública. Diario Oficial No. 48308 del 10 de enero de 2012.
18. El Presidente de la República. Decreto 1333 de 2018. Por el cual se sustituye el Título de la Parte 2 del Libro 2 del Decreto 780 de 2016, se reglamenta las incapacidades superiores a 540 días y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 50667 de 27 de julio de 2018.

19. Castejón, J. Castejón. Incapacidad temporal y modelo sanitario. Unitat de Salut Laboral. Institut Català de la Salut. Castelldefels. Universitat Pompeu Fabra. Barcelona. Vol. 17. Núm. 2. páginas 97-99 Febrero de 1996.
20. Villaplana García M, Sáez Navarro C, Meseguer de Pedro M, García-Izquierdo M. Grado de efecto de las variables sociodemográficas, laborales, organizativas y del entorno en la duración de la incapacidad temporal por contingencias comunes en España. Aten Primaria. febrero de 2015;47(2):90-8.